

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

El trabajo del psicólogo perinatal en contextos de vulnerabilidad social: la maternidad en la pobreza.

Paolini, Cynthia Inés y Oiberman, Alicia.

Cita:

Paolini, Cynthia Inés y Oiberman, Alicia (2022). *El trabajo del psicólogo perinatal en contextos de vulnerabilidad social: la maternidad en la pobreza. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/756>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/0dt>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL TRABAJO DEL PSICÓLOGO PERINATAL EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIAL: LA MATERNIDAD EN LA POBREZA

Paolini, Cynthia Inés; Oiberman, Alicia

CIIPME - CONICET - Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología - Universidad de Palermo. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La maternidad es un fenómeno que trasciende los aspectos biológicos, adquiriendo un valor psicológico, social y cultural. En Argentina hay 6.808.769 mujeres y 6.489.373 hombres de 14 a 49 años. El 54% de estas mujeres y el 47,7% de estos hombres son jefes de hogar (son el único sustento económico del hogar) y dentro de este grupo 2.988.314 mujeres y 2.357.709 hombres viven en hogares donde hay al menos un hijo o hija. Según datos obtenidos del censo de 2016, el 32% de los argentinos son pobres y el 6,3% son indigentes. En Argentina, la edad promedio en que las mujeres suelen tener su primer hijo es a los 23 años. Sin embargo, el nivel socioeconómico es un factor muy importante que influye en la edad a la que una mujer se convierte en madre. El objetivo de este artículo es describir un dispositivo psicológico perinatal que permita detectar situaciones de riesgo psicosocial al momento del parto; y presentar los resultados de su aplicación en un Hospital de la ciudad de Florencio Varela - Provincia de Buenos Aires, Argentina que brinda atención y asistencia en salud a familias en situación socioeconómica baja.

Palabras clave

Maternidad - Pobreza - Psicólogos perinatales

ABSTRACT

THE WORK OF THE PERINATAL PSYCHOLOGIST IN CONTEXTS OF SOCIAL VULNERABILITY: MOTHERHOOD IN POVERTY

Motherhood is a phenomenon that transcends biological aspects, acquiring a psychological, social and cultural value. In Argentina there are 6,808,769 women and 6,489,373 men from 14 to 49 years of age. The 54% of these women and 47.7% of these men are heads of household (they are the only economic household support) and within this group 2,988,314 women and 2,357,709 men live in homes where there is at least one son or daughter. According to data obtained from the 2016 census, 32% of Argentineans are poor and 6.3% are indigent. In Argentina, the average age in which women usually have their first child is at 23 years old. However, socioeconomic status is a very important factor that influence on the age at which a woman becomes a mother. The aim of this article is to describe a perinatal

psychological device that allows the detection of psycho-social risk situations at the time of birth; and to present the results of its application in a Hospital from the city of Florencio Varela - Province of Buenos Aires, Argentina that provides health care and assistance to families in low socio-economic situation.

Keywords

Motherhood - Poverty - Perinatal psychologists

La maternidad y paternidad son crisis vitales y evolutivas, lo cual produce un cambio psíquico en la mujer y en el hombre que van a ser padres. La forma en que madres y padres atravesaran esta crisis depende de una multiplicidad de factores.

En nuestras sociedades actuales, el tener un bebé revela a la vez una elección y una imposición social y biológica.

Numerosas presiones implícitas determinan a la mayoría de las parejas a reproducirse con el sentimiento de haber procedido a una libre elección. Esta presión normativa tendría por principal efector a la generación precedente. Esta presión no parecería estar ligada a cuestiones religiosas, pero no obstante podría ser otra fuente independiente de incitación o de exigencia a procrear. Históricamente se ha producido un pasaje desde el concepto de maternidad impuesta a la maternidad elegida. La contracepción surgida a partir de los años '70 le ha dado a la mujer la posibilidad de poder postergar su maternidad, así como también decidir no quedar embarazada.

En el transcurso de la historia de la maternidad, varios sujetos se incorporaron y ayudaron a la madre en el proceso del alumbramiento, que implicaba también sostener no solo desde el punto de vista físico, sino también emocional a la mujer embarazada. Ellos fueron:

- Las mujeres parteras: hasta el Siglo XVI aportaron un sostén psicológico a la palabra divina con distintos amuletos, ellas tenía un lugar privilegiado.
- Luego fueron los hombres obstetras quienes en el Siglo XVIII privilegiaron salvar el cuerpo de la madre y el niño medicalizando de esta manera el nacimiento.
- Los neonatólogos ingresaron en el Siglo XX, poniendo el acento en salvar al niño prematuro o con patología.

· Y recién en el Siglo XXI se inician los primeros proyectos de psicólogos perinatales. (Dayan, 2015, Molenat, 2001, Oiberman, 2005)

Los antecedentes de la psicología perinatal los encontramos en las antiguas matronas, en la psicoprofilaxis obstétrica, en las “doulas” que permitieron acompañar a la madre en el parto, logrando avanzar en partos sin temor, pero dejando el período del puerperio “acéfalo”.

Es en los años 1960 que se comienza a sospechar de la relación entre factores psicosociales y complicaciones en los partos (Molenat, 2001).

La Escuela Rusa, sobre los cursos de parto (Nikolaiev, A, 1957); los trabajos de Leboyer (1978) sobre el nacimiento sin dolor; los trabajos de Als (1978, 1979). En las unidades de Terapia Neonatal en Estados Unidos; el estudio en España de Salvatierra sobre la psicobiología del embarazo (1998); los aportes de Racamier sobre las psicosis puerperales (1984); la labor de Molenat (1992) en Francia, con su trabajo de capacitación de los agentes de salud en las maternidades, y el trabajo perinatal iniciado en 1990 desde Programa de Psicología Perinatal de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (2013) son algunos antecedentes que permitieron el desarrollo de la psicología perinatal.

En los años 90 se toma en consideración un aumento de nacimientos prematuros en relación a “life events” y la percepción de estrés (Glangeaud, M Freudenthal, 1994). Y en los años 2000 se logró la comprensión de los mecanismos neuro-endocrinológicos e inmunológicos subyacentes (Salvatierra, 1998, Dayan, 2015).

En nuestro país, fueron los trabajos de Videla y Grieco en la Maternidad de San Isidro en los años 70 y el desarrollo del programa de Psicología perinatal de la UBA, los que aportaron herramientas en esta área de la psicología. (Videla & Grieco, Oiberman)

En los últimos años 40 años hubo un cambio de paradigma asistencial: sumar lo humanístico a la tecnología; instituyendo un verdadero progreso en la asistencia integral perinatal.

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina obstétrica y neonatal en los últimos 30 años, permitieron reducir la morbimortalidad peri-neonatal, pero a su vez trajeron consigo la medicalización del parto y nacimiento. Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud, en su reunión en Fortaleza, Brasil, en el año 1985, realiza una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad”. A partir de allí, se inicia un camino de cambio en relación a los modelos de atención del parto y nacimiento; naciendo iniciativas para “humanizar” la atención perinatal.

Dentro de esta línea surge la propuesta actual de “Maternidades seguras centradas en la Familia” donde se propone a la asistencia perinatal, como un área común de trabajo conjunto de diferentes especialidades; Obstetricia, Pediatría/Neonatolo-

gía, enfermería, psicología, trabajo social, genética, diagnóstico por imágenes, nutrición. Las leyes de Parto humanizado también aportaron en esta línea de trabajo.

Dichos equipos de salud perinatal, -que trabajan desde un enfoque centrado en la familia-, promueven que la mujer y su familia adopten un rol activo en el cuidado del embarazo, el parto y en los cuidados de su hijo recién nacido, nazca éste sano o con alguna patología que implica su internación en UCIN.

Se trata fundamentalmente de un cambio de paradigma asistencial: sumar lo humanístico a la tecnología; instituyendo un verdadero progreso en la asistencia integral perinatal.

Un antecedente de esto es el diseño de la hoja Clap que se utiliza por recomendación del OPS para incorporar a las estadísticas, sin embargo la misma no contempla adecuadamente los estresores psicosociales en momentos del alumbramiento.

En la Argentina hay dos grupos claramente diferenciados en relación al proceso de maternidad: Por lado, un grupo que comienza a tener hijos a partir de los 30 años, pertenecientes a un sector social medio y alto; y por otro lado, otro grupo que inicia la maternidad alrededor de los 20 años. Pero también cabe señalar que un 14,7% de madres (438. 522) y el 3,1% de los varones (72. 071) (Censo INDEC 2010) son jefes de hogar que conviven con hijos y lo hacen en grupos monoparentales, es decir están separados ó divorciados, son viudos o solteros. Ello implica que también debemos tomar en cuenta una realidad femenina en la cual la monoparentalidad puede llegar a visibilizar la situación de desventaja y desigualdad en la que se encuentra un conjunto de mujeres y algunos hombres de este país. (Lupica, Boletín de la Maternidad). En resumen, cabe relevar que el fenómeno de la maternidad conforma un proceso de crisis, en el que se produce una intensa movilización de los aspectos más primarios y una reorganización de la identidad. Estos cambios, requieren ser elaborados para poder ser apropiados internamente, siendo la historia pasada y presente, junto con la estructura de la personalidad y las características del bebé las que configuren las cualidades de la construcción del vínculo entre la madre y el bebé. Pero, qué hacer ante situaciones de riesgo psicosocial parental? (RPP) Para ello, en estos años nos propusimos construir dispositivos de intervención psicológica(DIP) que permitieran detectar situaciones de riesgo psicosocial en el momento del nacimiento.

Por esto, el objetivo fue aplicar un dispositivo de Intervención Perinatal (DIP): la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) con el fin de detectar riesgo psicosocial al momento del alta del hospital del binomio madre-bebé.

La entrevista psicológica perinatal (EPP) es aplicada en neonatología y en las salas de internación conjunta con el fin de detectar situaciones de riesgo psicosocial y elaborar instrumentos que valoren el alta psicosocial de la madre y el bebé.

Este dispositivo ha sido elaborado específicamente para intervenir “in situ” en el proceso de inicio de la relación madre-bebé realizando una tarea preventiva.

Incorporar la EPP

Pero que ocurre cuando la maternidad se desarrolla en un ambiente de alta vulnerabilidad social.

El ingreso de psicólogos perinatales en el campo de la medicina perinatal colabora y permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento introduciendo una perspectiva psicológica y aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario.

De esta manera, dentro de este paradigma, se crea un lugar de inserción para el Psicólogo Perinatal, cuya labor implica modalidades de intervención y la creación de dispositivos de abordaje específicos para la atención materno-neonatal integral.

Estudio de detección de riesgo psico-social perinatal

La asistencia psicológica perinatal tiene como objetivo la realización de intervenciones vinculares de índole preventiva en salud mental materno-infantil. El primer paso hacia la posibilidad de intervenir preventivamente es la detección temprana de situaciones de riesgo. Por esto, nos propusimos detectar situaciones de riesgo psico-social en el posparto inmediato y/o después del nacimiento.

- Analizar las EPP con el fin de conocer las situaciones de riesgo psico-socio perinatales
- Definir categorías de riesgo psico-social perinatales
- Detectar y estudiar las principales situaciones de riesgo psico-social perinatales

Encuadre de la situación social de la localidad de referencia

El hospital Mi Pueblo de FV comenzó a funcionar en diciembre de 1992. En el año 2010 se realizaron reformas y se construyeron los Servicios de Pediatría, de Neonatología y se remodeló parcialmente la Maternidad. Cuenta con 120 camas y se llama Mi Pueblo como reconocimiento a la Sociedad Civil que impulsó su creación imaginándolo solo un hospital materno infantil. *El Materno*, es como lo llama e identifica la comunidad de Florencio Varela. Atiende 52.000 consultas pediátricas (datos del 2015) que representan más de 4.000 consultas por mes. Lamentablemente debe señalarse que la oferta de la localidad en salud local- Hospital y Centros de Atención primaria -es extremadamente minoritaria o decididamente no se prestan o deben resolverse por fuera del distrito. Otras veces la opción es el sistema privado médico con costos inaccesible para el paciente, lo que representa trabas para el libre acceso. Por lo tanto la única posibilidad real de atención en el proceso de parto y nacimiento lo tiene el hospital Mi Pueblo. Según los datos censales del 2010 el hospital debía dar respuesta a una demanda de 255.000 habitantes que era la población de FV. Sin embargo la población alcanzó los 425.000 habitantes, proyectándose un crecimiento del 3% anual, sería hoy cercana a los 500.000 habitantes. Si bien esta reforma debía dar respuestas a la demanda de 255.00 habitantes de la localidad, en esta localidad 132.000 habitantes se encuentran bajo la línea de pobreza, y de ellos 60 mil serían niños.

Estudio de detección de riesgo psico-social perinatal

El objetivo de esta investigación-acción fue aplicar un dispositivo de Intervención Perinatal (DIP): la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) con el fin de detectar riesgo psicosocial al momento del alta del binomio madre-bebe en el hospital Materno infantil Mi Pueblo en Florencio Varela.

La entrevista psicológica perinatal (EPP) es aplicada en neonatología y en las salas de internación conjunta con el fin de detectar situaciones de riesgo psicosocial y elaborar protocolos que valoren el alta psicosocial de la madre y el bebe. Este dispositivo ha sido elaborado específicamente para intervenir “in situ” en el proceso de inicio de la relación madre-bebé realizando una tarea preventiva. La asistencia psicológica perinatal tiene como objetivo la realización de intervenciones vinculares de índole preventiva en salud mental materno-infantil.

Se analizaron en un primer momento y como estudio piloto a 168 EPP administradas en el Servicio de Neonatología del Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo” de Florencio Varela, entre los meses de Abril y Octubre de 2011. Las EPP se administraron en las siguientes situaciones en el Servicio de Maternidad y Neonatología del HZGA Mi Pueblo (Florencio Varela): Luego se aplicó esta metodología a 1000 madres del mismo hospital Ojerman y Santos, (2015).

Se entrevistaron a mujeres del:

1. Servicio de Maternidad: Madres sanas y bebés sanos.
2. Servicio de Neonatología: Madres sanas (sin patología de posparto) cuyos bebés permanecían internados por patología neonatal o prematuridad.

El procedimiento fue entrevistar semanalmente a ambos grupos de madres. Se registraron y analizaron las entrevistas, valorando el tipo de riesgo psicosocial. De esta manera se logró discriminar diferentes categorías de riesgo psico-socio-perinatal, a saber:

- **Riesgo por no anidación:** Se trata de situaciones en donde la madre no otorga un lugar afectivo al bebé en gestación (se afecta la gestación psíquica). Generalmente se trata de embarazos no planificados y/o embarazo sin control. Durante el embarazo la madre manifiesta no haber imaginado al bebé. No eligió nombre para el bebé. Aquí el embarazo es vivido como estresor (embarazo como life-event en sí mismo). Puede haber dificultades de inicio de vinculación. Ambivalencia acentuada.
- **Riesgo sociofamiliar:** Entorno familiar de Riesgo (Life-event sociales: Violencia en la pareja, drogadicción, familiar preso, etc.) Abandono de otros hijos anteriores. Puede haber dificultades de inicio de vinculación.
- **Riesgo por duelo:** Muertes de hijos, familiares, abortos etc., que se resignifican en el embarazo o parto. El parto puede ser vivido como un life-event en tanto miedo a morir. Puede haber dificultades de inicio de vinculación. Ambivalencia acentuada.
- **Riesgo por no registro del embarazo/Negación del embarazo:** Se trata de situaciones en las cuales la madre no regis-

tra el embarazo: negación psíquica (no se da cuenta que está embarazada) y biológica (no registra movimientos del bebé, aumento de vientre, etc.).

- **Riesgo por pobreza extrema:** diadas que viven en situación de pobreza extrema.
- **Riesgo asociado a situaciones institucionales:** Parto como life-event: falta de camas que obligan a la madre a peregrinar en búsqueda de un lugar para parir. Situaciones de derivación del bebé internado en UCIN (por ejemplo: UCIN cerrada por infecciones intra hospitalarias, etc) que implican una separación madre-hijo.
- **Riesgo Psicológico:** Trastornos psicológicos: depresión, psicosis, fobias, negación patología propia o del bebé, etc.
- **Riesgo Físico:** Problemas físicos de base, anteriores al embarazo que provoca riesgo en el embarazo y/o parto. Por ejemplo: HIV, sífilis, epilepsia, etc. Puede vivirse el parto como life event o haber dificultades en el inicio de la vinculación.
- **Riesgo adolescente:** Ambos padres muy jóvenes y con algún indicador de dificultad de inicio de vinculación.

Resultados

Sobre las 2.160 entrevistas (2011-2017) realizadas presentaban: Situación de riesgo: **748** (34%) y No riesgo: **1410** (65%)

Categorías de riesgo encontradas en 748 entrevistas

• Riesgo sociofamiliar	246	33%
• Riesgo por no anidación	137	18%
• Riesgo psicológico	85	11%
• Riesgo adolescente	78	10%
• Riesgo por duelo	65	9%
• Riesgo físico	57	7,6%
• Riesgo institucional	26	3,5%
• Riesgo por negación embarazo	22	3%
• Riesgo por pobreza extrema	19	2,5%
• Riesgo por multiples riesgos	13	7%

Se observa que el mayor riesgo lo encontramos en las situaciones familiares donde el entorno es de riesgo y seguida de la situación de rechazo del embarazo. Ambas categorías implican el 51% de la totalidad.

Se estudió la relación entre riesgo y embarazo buscado, obteniendo una relación significativa entre ambas variables (Pr 0.000). Además se encontró relación significativa entre Riesgo y aceptación del embarazo (Pr.0000) y Riesgo y control del embarazo (Pr.0.000)

Observamos que cuando otros problemas emergen en el proceso del embarazo la madre siente que hay obstáculos que le impiden desarrollar el proceso normal del embarazo y parto.

Nuestras conclusiones han sido que es necesario: *transformar el acto médico desde la acción técnica, a la concepción que allí hay un sujeto que sufre*. Y lograr que la palabra del psicólogo perinatal sea un puente entre la madre y el equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Als, H. (1978) Assessing an assessment: Conceptual considerations, methodological issues, and a perspective on the future of the Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 14-28.
- Als, H. (1986) Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 6(3), 3-53.
- Bowlby, J. (1998) El apego. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1988) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.
- Bion, W.R. (1963) Elementos del psicoanálisis. Paris. PUF.
- Dayan, J. Psychopatologie de la perinatalité et de la parentalité. Elsevier Masson SAS, Francia 2015.
- Glangeaud-Freudenthal, M.C. (1994) Psychological stress factors related to prenatal hospitalization. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 23(3), 289-293.
- Leboyer, F. (1978) Birth without violence. *India International Centre Quarterly*, 5(3), 155-162.
- Lupica, C. (2011) Anuario de la maternidad: madres solas en la Argentina; dilemas y recursos para hacer frente al trabajo remunerado y al cuidado de los hijos. Buenos Aires: Observatorio de la Maternidad, 2011. 75 p.
- Molénat, F. (1992) Mères vulnérables, Paris. Stock-Laurence Pernoud, 192.
- Molénat, F. (2001) Naissances: pour une éthique de la prévention. Erès.
- Nikolaev, A.P. (1957) El Parto sin dolor: teoría y práctica sobre el método psicoprofiláctico y otros métodos de anestesia. Cartago.
- Oiberman A. (Comp). (2005) Nacer y después. Aportes a la psicología perinatal. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Oiberman, A., Schoham, C., Galíndez, E., Di Biasi, S., & Vega, E. (2000) Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Rev Investig Psicol*, 77-89.
- Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., Cantello, M., et al. (2008) Nuevos dispositivos en salud mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En Facultad de Psicología. UBA (Ed.). Libro Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, (123-139). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman, A. & Santos, S. (2015) 25 years accompanying births and after: Perinatal Psychology. In Facultad de Psicología UBA (Comp.), Premio Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires 2015 (pp.11-31). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Porto, R. (2011) Servicio de Neonatología. Nacer. Publicación del servicio de neonatología del HZGA Mi Pueblo.
- Racamier, P. (1961) Le mere et l'enfant dans les psychoses du postpartum, en *L'Evolution Psiquiatre*, 4, 525-570.
- Salvatierra Mateu, V. (1998) Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Editorial Martinez Roca.
- Spitz, R. (2013) El primer año de vida del niño. Fondo de cultura económica. México.



Videla, M., & Grieco, A. (1993) Parir y nacer en el hospital. Ed. Nueva Visión. Bs. As.

Winnicott, D. (1958) Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1987) Los bebés y sus madres. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D (1981) La teoría de la relación paterno-filial. Capítulo III. El proceso de maduración en el niño. Estudio para una teoría del desarrollo emocional. Editorial Barcelona.